Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2014–2015

Aanhangsel van de Handelingen

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

1206

Vragen van het lid **Bruins Slot** (CDA) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht dat ziekenhuizen dreigen patiënten te weigeren om dure medicijnen* (ingezonden 17 december 2014).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 3 februari 2015) Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2014–2015, nr. 927

Vraag 1
Herkent u het beeld dat patiënten het risico lopen voor bepaalde behandelingen geweigerd te worden, omdat onduidelijk is wie de rekening van nieuwe, dure geneesmiddelen gaat betalen?[1]

Antwoord 1
Laat ik voorop stellen dat financiële belemmeringen geen reden mogen zijn om patiënten zorg, waaronder medicatie, te weigeren als zij hier conform de criteria van het basispakket wel recht op hebben.
Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht en dienen dus voldoende verantwoorde zorg in te kopen. Artsen dienen in beginsel voor te schrijven conform de geldende behandelrichtlijnen. Zorgverzekeraars maken met ziekenhuizen in het kader van de zorginkoop afspraken over het verlenen en financieren van zorg. Hierbij kunnen ook specifieke afspraken gemaakt worden over dure geneesmiddelen. Financiële problemen mogen echter nooit over de rug van de patiënt worden uitgevochten. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars dienen problemen in gezamenlijkheid op te lossen.
Vooralsnog zijn er alleen signalen van veldpartijen dat er een risico bestaat dat ziekenhuizen dure geneesmiddelen dreigen te weigeren. In hoeverre en in welke mate dit ook daadwerkelijk voorkomt en wat de oorzaken zijn is niet helder.
De Signaleringscommissie Kanker (SCK) van KWF Kankerbestrijding heeft in zijn signaleringsrapport (Toegankelijkheid van dure kankergeneesmiddelen, juni 2014) eerder ook al aangegeven zich zorgen te maken over de toegankelijkheid van dure oncolytica in de nabije toekomst. Ik heb met hen afgesproken om een werkgroep in te stellen waarin alle relevante veldpartijen zijn

[1] «Zeg maar welke patiëntengroepen we moeten weigeren» in Financieel Dagblad, d.d. 6 december 2014 en «Ziekenhuizen dreigen patiënten te weigeren om kostenstijging dure medicijnen» via http://fd.nl/economie-politiek/1083634/ziekenhuizen-dreigen-patienten-te-weigeren-om-kostenstijging-dure-medicijnen

ah-tk-20142015-1206
ISSN 0921 - 7398
’s-Gravenhage 2015

vertegenwoordigd. Deze werkgroep gaat nader onderzoek doen naar de mate en oorzaken van praktijkvariatie (waaronder mogelijke financiële belemmeringen) en komt tot voorstellen om de toegankelijkheid van dure oncologiemiddelen te borgen binnen de kaders van het hoofdlijnenakkoord.
Parallel aan de opdracht die ik aan het KWF verstrek, ben ik met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in gesprek of zij in de breedte een systeemtechnische analyse kunnen doen naar mogelijke knelpunten/belemmeringen. En daarnaast breder dan de oncologie onderzoek te doen naar mogelijke (financiële) belemmeringen bij het voorschrijven van dure geneesmiddelen.
Daarnaast geldt ten aanzien van de betaalbaarheid van dure geneesmiddelen dat ook de farmaceutische industrie een grote maatschappelijke verantwoordelijkheid heeft in het stellen van reële geneesmiddelenprijzen. Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en de overheid hebben tegelijkertijd de rol om niet zomaar elke prijs bij het inkopen van een medicijn te accepteren. Het budgettaire kader zorg (BKZ) is niet onbegrensd. Er zijn niet voor niets bestuurlijke akkoorden afgesloten, waarin opgenomen is dat de groei binnen het kader blijft.
De solidariteit van mensen en het draagvlak voor premiestijgingen is niet onbegrensd.

Vraag 2
Wat zijn volgens u de voornaamste redenen van het probleem dat ziekenhuizen nu voor het eerst dreigen dure geneesmiddelen te weigeren? Deelt u de analyse uit het artikel dat de rek er uit is, doordat er een vloed aan nieuwe dure geneesmiddelen is, mensen langer leven en de omzetten van ziekenhuizen afvlakken? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 2
Vooralsnog zijn er alleen signalen van veldpartijen dat er een risico bestaat dat ziekenhuizen dure geneesmiddelen dreigen te weigeren. In hoeverre en in welke mate dit ook daadwerkelijk voorkomt en wat de oorzaken zijn is niet helder. Vandaar dat ik met KWF heb afgesproken een werkgroep in te stellen waarin alle relevante veldpartijen zijn vertegenwoordigd en ben ik met de NZa in gesprek over een aanvulling op dit traject. Zie ook mijn antwoord op vraag 1.

Vraag 3
Verwacht u net als de zorginkoper van Achmea een kostenstijging van 5% per jaar voor dure geneesmiddelen?

Antwoord 3
De kosten van dure geneesmiddelen toegepast binnen het ziekenhuis vallen binnen het budgettaire kader medisch specialistische zorg. Voor dit kader is met veldpartijen voor de jaren 2015 tot en met 2017 een structurele, landelijke volumegroei afgesproken van maximaal 1,0% per jaar (exclusief loon- en prijsbijstelling). Uiteraard neemt dit niet weg dat afzonderlijke onderdelen binnen dit kader sterker of minder sterk kunnen stijgen, of zelfs kunnen dalen.
Voor specifiek de dure geneesmiddelen geldt dat ik op dit moment zicht heb op de kosten van bepaalde dure geneesmiddelen die recent beschikbaar zijn gekomen of op korte termijn beschikbaar komen. Om een uitspraak te kunnen doen over de kostenontwikkeling voor de komende jaren is dit echter onvoldoende. Hiervoor moet er rekening gehouden worden met meer factoren, zoals bijvoorbeeld eventuele patentexpiraties van dure geneesmiddelen. Zie antwoord op vraag 1.

Vraag 4
Bent u van mening dat medici bepaalde behandelingen met dure geneesmiddelen mogen weigeren aan patiënten die toevallig bij de verkeerde verzekeraar zitten? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 4
Voor alle zorg die onder het basispakket valt geldt dat indien een patiënt de juiste medische indicatie hiervoor heeft, de patiënt recht heeft op deze zorg. Het maakt hiervoor niet uit bij welke verzekeraar een patiënt verzekerd is. Daarbij geldt voor artsen dat zij kwalitatief goede zorg moeten verlenen

conform geldende behandelrichtlijnen en voor verzekeraars geldt dat zij op grond van de Zorgverzekeringswet een zorgplicht jegens hun verzekerden hebben.

Vraag 5 en 6
Als een bepaalde behandeling met dure geneesmiddelen wordt geweigerd, hoe wordt dan gewaarborgd dat de zorgverzekeraar aan zijn zorgplicht voldoet?
Tot wie kan een patiënt zich wenden als een bepaalde behandeling met een duur geneesmiddel geweigerd wordt?

Antwoord 5 en 6
Mocht een verzekerde van mening zijn dat een zorgverzekeraar zijn zorgplicht niet naleeft, omdat de verzekeraar bijvoorbeeld weigert een bepaalde behandeling te vergoeden, dan kan hij hiervoor een klacht indienen bij de eigen verzekeraar. Als de verzekerde na afhandeling niet tevreden is, dan kan hij zich wenden tot de SKGZ (stichting klachten en geschillen zorgverzekering http://www.skgz.nl). De verzekerde kan daarnaast een signaal afgeven bij de NZa. De NZa kan zo'n signaal meenemen bij het uitoefenen van haar toezicht op de zorgplicht van verzekeraars.
Mocht een verzekerde vinden dat een arts of het ziekenhuis geen goede zorg levert, omdat bijvoorbeeld de behandeling met een bepaald geneesmiddel geweigerd wordt, dan kan de verzekeraar een klacht indienen bij het betreffende ziekenhuis. Mocht de verzekerde niet tevreden zijn over de klachtafhandeling door de zorginstelling dan kunnen ze ook terecht bij het Landelijk Meldpunt Zorg (LMZ). Het LMZ geeft advies en begeleiding bij klachten over de kwaliteit van de zorg.

Vraag 7
Wie betaalt uiteindelijk de rekening voor het dure geneesmiddel, als het ziekenhuis patiënten moet weigeren omdat zij aan het jaarlijks maximum zitten van uitgaven aan geneesmiddelen?

Antwoord 7
Ziekenhuizen en zorgverzekeraars maken in het kader van de zorginkoop afspraken over het verlenen en financieren van zorg. Hierbij kunnen ook specifieke afspraken gemaakt worden over dure geneesmiddelen. Afhankelijk van die afspraken ligt het financiële risico indien er meer zorg wordt geleverd dan verwacht bij het ziekenhuis of bij de verzekeraar oftewel moet het ziekenhuis of de verzekeraar dit betalen. Daarbij geldt dat zorgverzekeraars voldoende verantwoorde zorg dienen in te kopen, zij hebben immers een zorgplicht jegens hun verzekerden.
Wel is het mogelijk dat een patiënt een natura-polis heeft afgesloten, waarbij zijn verzekeraar bepaalde zorg niet bij een betreffende zorgaanbieder heeft gecontracteerd. Dit betekent niet dat de behandeling geweigerd wordt, het kan dan alleen wel betekenen dat de zorgverzekeraar de patiënt moet doorgeleiden naar een ziekenhuis waar hij deze behandeling wel heeft gecontracteerd. Dit geldt overigens voor de gehele behandeling die een patiënt voor een bepaalde indicatie nodig heeft en niet alleen voor de medicatie die onderdeel is van de behandeling. In eerdere brieven aan u (juni 2014, TK 32 620 nr. 120) en recent nog in antwoord op Kamervragen (brief dd 19 januari 2015, kenmerk 7802119–1341229-Z) heb ik aangegeven hoe omgegaan moet worden met situaties waarin omzetplafonds zijn afgesproken.

Vraag 8
Kunt u bij de instellingen navragen over welke dure geneesmiddelen en behandelingen het gaat, en de Kamer hierover informeren?

Antwoord 8
Zie antwoord op vraag 1. Ik wil de uitkomsten van dit onderzoek afwachten. Ik verwacht u voor de zomer over de uitkomsten van het onderzoek te kunnen informeren.